

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No 672

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

WAGSCHAL Jakob-Salomon

né le 23 Novembre 1911, à Tarnopol

(Pologne)

A propos de deux cas de présentation primitive de la face

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas, PARIS (V^e)

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

WAGSCHAL Jakob-Salomon

né le 23 Novembre 1911, à Tarnopol

(Pologne)

A propos de deux cas de présentation primitive de la face

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas, PARIS (V^e)

1936

LE DOYEN ROUSSY

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
Clinique chirurgicale	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	{ BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
Professeurs sans chaire	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne..	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON.	Hygiène.
LABBÉ (Henri)....	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
------------------	----------------------

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ...	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS .	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PÖRTEs	Obstétrique.
RICHEt	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. - AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET .	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent,

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANNE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE-			
RY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. - CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE (IN MEMORIAM)

A MA MERE

En témoignage de mon affectueuse gratitude pour son constant dévouement.

A MES SŒURS

A MON FRERE

A MES BEAUX-FRERES

A MON BEAU-FRERE ET MA SŒUR
MONSIEUR ET MADAME ING. JOSEPH SACHS

*Dont la bonté pour moi fut sans limites.
Qu'ils trouvent ici l'expression de toute
ma gratitude et de mon attachement fraternel.*

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale,
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur,*

Qui nous a permis de suivre son enseignement et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage affectueux de notre profond respect et de notre grande reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME

*Professeur agrégé.
Accoucheur des Hôpitaux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Chef de Clinique Baudelocque

Qui nous a fait l'honneur de nous inspirer le sujet de cette thèse et qui nous a aidé dans ce travail.

Témoignage de ma grande admiration et de ma très vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS ET DE REIMS

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS ET DE REIMS

INTRODUCTION

La présentation primitive de la face est très rare ; elle a même été niée par des accoucheurs comme Baudelocque, Hubert (de Louvain) et Pinard.

Il en existe cependant des observations indiscutables ; et l'attention sur ce point a été attirée en particulier depuis l'entrée dans la pratique courante de la Radiographie du fœtus dans la cavité utérine.

Par ailleurs, on admettait qu'elle était presque toujours conditionnée par une monstruosité fœtale, telle qu'une tumeur du cou ; ou par la dolichocéphalie.

Les observations récentes de M. Guéniot et de M. Sureau ont montré — d'une part, que le diagnostic de la présentation primitive peut être fait un certain temps avant la date du terme (un mois dans l'observation de M. Guéniot), d'autre part que le fœtus peut être indemne de toute malformation cervicale ou crânienne.

Nous apportons deux observations recueillies à la Clinique Baudelocque dans le service de M. le Professeur Couvelaire, qui semblent confirmer ces données.

DEFINITION

La présentation primitive de la face est la présentation de l'extrémité céphalique défléchie, constatée avant tout début de travail.

HISTORIQUE

L'histoire de la présentation primitive de la face peut être divisée en quatre périodes.

1° Pendant la première période, qui s'étend depuis l'antiquité jusqu'au xvii^e siècle, la présentation de la face est totalement inconnue.

2° Avec Guillemeau, en 1606, commence la deuxième période qui embrasse tout le xvii^e siècle et pendant laquelle l'attention est exclusivement attirée sur le pronostic fâcheux de cette présentation. Louise Bourgeois écrit : « Lorsque la face se présente, il faut rechercher, par tous les moyens, sans y toucher, de hâter l'accouchement, car pour peu que l'enfant demeure en cet état, il vient si contrefait et si monstrueux de visage, qu'il semble qu'il soit tout meurtri. »

3° La troisième période, marquée surtout par les travaux de Deventer (1734), comprend tout le xviii^e siècle et le commencement du xix^e. Les accoucheurs de cette époque cherchent à résoudre le problème de l'étiologie ; mais l'imperfection de leurs moyens d'investigation ne leur permet d'émettre que des opinions qui ne reposent sur aucune observation précise.

Dionis en 1718, de la Motte en 1721, attribuent cette présentation à l'obliquité utérine.

Deventer, en 1734, fait une étude très approfondie de l'obliquité utérine qu'il considère comme la cause

principale de la présentation de la face, qui serait toujours secondaire à celle du sommet.

Baudelocque déclare catégoriquement que, quelle que soit la déviation de la tête, la face ne se présente presque jamais dès le commencement du travail ; en d'autres termes, il rejette absolument la présentation primitive.

Au commencement du ^{xix}^e siècle, Gardien, contrairement à Baudelocque, déclare que le renversement de la tête peut exister avant le travail, et il ajoute que, s'il n'existait pas un commencement de renversement, l'obliquité de la matrice ne pourrait le produire pendant le travail.

Toutes ces opinions ne reposaient que sur des conjectures ; car, si tous les anciens accoucheurs utilisaient le palper abdominal pour reconnaître les caractères extérieurs de l'utérus, l'état de grossesse simple ou gémellaire, ils ne savaient pas l'utiliser pour le diagnostic des présentations et des positions ; ils ne pouvaient préciser ce diagnostic qu'à une période déjà avancée du travail.

4° La quatrième période commence avec les travaux de Mme Lachapelle. Elle est la première à apporter deux observations précises de variété dite primitive de présentation de la face, c'est-à-dire celle dans laquelle la face se présente *d'aplomb* au niveau du détroit supérieur, avant tout début de travail.

Dans ses « Mémoires », publiés en 1821, elle rapporte qu'à l'autopsie de deux femmes mortes avant l'accouchement le fœtus aurait été trouvé ayant la tête défléchie.

Plus tard, Dubois et Désormeaux, en 1832, dans

L'article « Accouchement » du Dictionnaire de médecine, rapportent que dans 85 cas où l'enfant se présentait par la face, ils ont pu établir le diagnostic 49 fois avant la rupture des membranes et ils admettent ces faits comme des présentations primitives. Après avoir énuméré les faits de Mme Lachapelle, de Dubois et de Désormeaux, Cazeaux écrit : « De ces faits et de beaucoup d'autres, on peut évidemment conclure que les présentations de la face, dans la très grande majorité des cas, ne sont pas déterminées par une inclinaison préalable du fœtus, ou une direction vicieuse dans les contractions utérines, mais qu'elles sont primitives, et alors la cause qui les produit nous échappe ».

Puis, toute une série d'auteurs, comme Depaul en 1876, Pajot en 1879, Phélippeaux en 1881, Tarnier, Chantreuil, etc., enseignent que « les présentations primitives existent d'une façon non douteuse ».

Dans la séance du 9 juin 1887, M. Olivier communiqua à la Société obstétricale et gynécologique de Paris une note sur un cas de présentation primitive qu'il venait d'observer.

Parmi les accoucheurs étrangers qui admettaient l'existence de la présentation primitive de la face, on peut citer Hecker, qui fait jouer à la dolichocéphalie un rôle prépondérant dans l'étiologie de cette présentation ; Scanzoni, Ahlfeld (1873) qui divisent les présentations de la face en primitives et secondaires. Nægelé et Grenser, dans leur traité, admettent aussi la présentation primitive.

Mais quelques auteurs n'ont pas cru devoir admettre l'existence de la présentation primitive.

Outre Baudelocque, que nous avons déjà cité, ce

sont Mattei, Chailly et A. Pinard en France, Hubert (de Louvain) en Belgique, Hohl, Kiwisch en Allemagne.

Dans le « Traité du Palper abdominal », A. Pinard écrit : « Pendant la grossesse je n'admets pas la présentation de la face, et cela pour des raisons d'ordre anatomique, physiologique et clinique. »

« La conformation anatomique du fœtus, le mode d'articulation du tronc avec la tête s'opposent à l'extension comme manière d'être. Le fœtus vivant, en admettant qu'une cause fortuite ait produit la déflexion, ne tarderait pas à réagir contre cette attitude antiphysiologique. Enfin, je n'ai jamais rencontré pendant mes examens, qui ont porté sur des milliers de femmes enceintes, la face se présentant d'aplomb au niveau de l'aire du détroit supérieur. » En résumé, Pinard considère la présentation de la face comme une présentation du travail et non de la grossesse.

Hubert (de Louvain) considère la présentation de la face comme une présentation secondaire ou comme un accident au cours de l'évolution de la présentation du sommet. Comme Pinard, il affirme ne l'avoir jamais rencontrée, dans le cours de la grossesse.

Actuellement, l'existence de la présentation primitive de la face au cours de la grossesse est prouvée par les constatations radiologiques, mais elle reste une éventualité rare.

Il en existe des observations indiscutables comme celles de MM. le Prof. Brindeau, Paul Trillat, Wery, Kridelka, etc..., et les observations récentes de M. Guéniot, M. Sureau, P. Wather et Mathivot.

Fréquence. — La présentation primitive de la face

est exceptionnelle. Il est très difficile de chiffrer exactement sa fréquence, étant donné le petit nombre d'observations indiscutables qui ont été publiées ; on peut néanmoins l'évaluer approximativement à un cas sur plusieurs milliers d'accouchements.

Il est également impossible d'affirmer la prédominance d'une variété de position par rapport aux autres. Ici, en effet, la variété de position n'est pas conditionnée par la variété qu'occupait primitivement le sommet, comme cela se passe dans les présentations secondaires de la face. Dans nos deux observations, la variété était une fois M.I.D.P. et l'autre fois M.I.G.P.

ETIOLOGIE

On a invoqué pour les présentations primitives de la face les mêmes causes que pour les présentations secondaires, et on a fait jouer un rôle capital à certaines déformations fœtales.

1° *Déformations fœtales* { *dolichocéphalie primitive.*
tumeurs du cou.

qui conditionneraient l'attitude primitive en hyperextension. Ces causes existent et semblent jouer un rôle manifeste dans certaines présentations primitives.

C'est ainsi que :

Brindeau a publié un cas observé huit jours avant le travail dans lequel la *dolichocéphalie* était très marquée et n'a pas disparu après la naissance chez l'enfant, dont le père présentait la même particularité.

Par ailleurs, on a invoqué à juste titre toutes les lésions pathologiques maintenant la tête en extension forcée :

Les tumeurs du cou (lymphangiectasie, kystes dermoïdes, goîtres congénitaux) dont un cas avec la présentation primitive de la face a été observé en 1906, à la Clinique Obstétricale de Nancy et un autre par Hewatson.

Les lésions de la colonne cervicale avec raccourcissement de la nuque.

Certaines tumeurs crâniennes et les *anencéphales*, dont l'attitude en hyperextension peut être attribuée, d'après Rabaud, à une méningite congénitale.

Dans ces cas, l'étiologie de la déflexion primitive apparaît nettement, mais il est loin d'en être toujours ainsi.

2° *Autres causes d'absence d'accommodation :*

Dans un certain nombre de cas où il n'existe pas de prédisposition fœtale à l'hyperextension, on a pu relever toutes les causes d'absence ou de vice d'accommodation du fœtus.

Nous retiendrons en particulier :

L'obliquité utérine : M. Sureau a insisté dans ses deux observations récentes sur la déviation marquée de l'utérus gravide, peut-être était-elle en rapport avec un utérus unicorne dont la forme imprimait au fœtus une incurvation très prononcée des rachis avec déflexion de la tête.

Les malformations utérines : Schatz en a publié deux cas dans des utérus cordiformes.

Un rétrécissement léger du bassin ; mais, dans ce cas, il est difficile de concevoir le rôle que peut jouer

un rétrécissement du D. S. quand la face reste mobile, très nettement élevée au-dessus du D. S. sans prendre un contact intime avec lui.

L'hydramnios peut jouer un rôle par la distension utérine qu'il produit.

Citons également la *réplétion vésicale*, invoquée par Ahlfeld.

3° Mais il est des cas dans lesquels aucune de ces causes ne peut être invoquée :

Observation de M. Guéniot (1934) ;

Observation de M. Sureau (1936) ;

Et nos deux observations, dans lesquels il n'y avait aucune malformation fœtale, ni utérine, et pas de lésion du bassin.

Retenons cependant qu'il s'agissait de *multipares* (II° et V° gestes), et signalons que le II° geste a présenté des réactions sérologiques positives à plusieurs reprises au cours de la gestation, étant atteinte d'un petit goitre, et a pu être considérée comme une hérédo-syphilitique (Obs. n° 2).

La femme de l'observation n° 1 était une grande multipare (V° geste), ayant toujours accouché spontanément de gros enfants (de plus de 4.000 gr.) et qui avait eu au cours de sa deuxième gestation une présentation transversale ayant nécessité une version par manœuvres externes.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Nous allons étudier successivement les indications que nous donnent le palper, le toucher et l'auscultation, dans les cas de présentation primitive de la face chez une femme enceinte au voisinage du terme.

Palper. — On constate que la présentation est élevée, mobile, non engagée.

On sent au-dessus du détroit supérieur une tumeur, dure, mobile, mais son irrégularité tranche avec les caractères habituels de l'extrémité céphalique. De plus, ce pôle irrégulier, volumineux, est plus accessible d'un côté que de l'autre à tel point qu'il paraît n'occuper qu'une moitié de l'aire du détroit supérieur, et manquer de l'autre côté.

Du côté qui paraît le plus volumineux, on perçoit une saillie importante, dure, arrondie, facilement accessible, qu'on pourrait prendre au premier abord pour la saillie frontale d'un sommet bien fléchi. Mais en cherchant de l'autre côté les caractères de l'occiput on ne les trouve pas.

De l'autre côté, en effet, on ne sent qu'une surface, non saillante, difficilement accessible, peu résistante : il est exceptionnèl qu'on puisse percevoir par le palper le contour angulaire de l'arc du maxillaire inférieur. La recherche du dos et les caractères particuliers qu'il présente permettent souvent de préciser davantage le diagnostic.

Par suite de l'inflexion du fœtus sur son plan dorsal, la recherche du dos présente quelques difficultés. Voici comment Pinard conseille de faire cette explo-

ration : « Pour bien suivre et apprécier le plan résistant, il est indispensable de déprimer lentement et profondément la paroi abdominale ; car cette surface résistante et continue semble s'enfoncer dans la cavité abdominale, tandis que les parties superficielles s'offrent facilement à la main. En opérant convenablement, on explore assez bien l'un des plans latéraux et l'on ne tarde pas à reconnaître que la portion de la sphère céphalique la plus accessible est en rapport avec le dos. »

Ainsi, tandis que dans la présentation du sommet la portion du pôle céphalique la plus accessible se trouve du côté opposé au dos ; dans la présentation de la face, la portion la plus accessible de l'extrémité céphalique et le dos sont du même côté. De plus, tandis que dans la présentation du sommet il n'existe qu'une légère dépression entre le dos et la tête, dans la présentation de la face cette dépression est considérable ; c'est une dépression très nette en *coup de hache* dans laquelle les doigts s'enfoncent sans rencontrer de résistance jusqu'à une grande profondeur. Le signe de coup de hache peut être considéré comme pathognomonique.

Une fois la présentation reconnue, on peut déterminer encore la position par le palper. Il suffit de se rappeler que lorsque le dos est tourné d'un côté le menton se trouve au point diamétralement opposé et vice-versa.

Enfin, au niveau du fond utérin, on perçoit le siège, généralement du même côté que la saillie occipitale.

Toucher. — Dans le cas de présentation primitive

de la face, le toucher vaginal permet surtout de constater que la présentation est très élevée et que l'excavation est vide.

Cependant, le doigt explorateur peut parfois atteindre avant le début du travail les différentes parties qui constituent la face, soit à travers les membranes, si l'orifice cervical du col est déhiscent, soit à travers le segment inférieur de l'utérus.

Dans ces cas, le doigt pourra percevoir les signes caractéristiques de la face. Ces signes sont : la petite saillie arrondie du menton, la saillie pyramidale constituée par le nez et le contour des arcades orbitaires. Bref, on perçoit par le toucher une présentation dont les deux caractères essentiels sont d'être élevée et irrégulière.

Pour faire le diagnostic de la position et de la variété de position, il faut chercher à repérer exactement la situation du menton pour savoir quelle est la position, droite ou gauche, et la variété antérieure transversale ou postérieure.

Auscultation. — Les signes fournis par l'auscultation dans la présentation primitive de la face ne présentent rien de bien caractéristique, si nous en exceptons toutefois l'emploi combiné du palper et de l'auscultation préconisé par M. Charpentier.

Dans M.I.D.P., les bruits du cœur s'entendent à droite de la ligne médiane, vers le flanc ; ils s'entendent assez faiblement.

Dans M.I.G.A., ces battements sont perçus sur la ligne médiane et d'une manière très intense, le stéthoscope appuyant directement sur la région précordiale du fœtus.

Dans les M.I.D.A., le foyer d'auscultation est assez intense à droite de la ligne médiane.

Dans M.I.G.P., le maximum est à gauche et, comme le stéthoscope correspond au plan latéral gauche du fœtus, les bruits du cœur sont nettement perçus.

En résumé : la constatation d'une présentation primitive de la face sera parfois une surprise au cours de l'examen d'une multipare au voisinage du terme, grâce à un palper systématique. La perception de la saillie occipitale très marquée, surmontée du coup de hache caractéristique, et du dos situé du même côté mais plus difficile à suivre que dans la présentation du sommet, donne la notion d'une déflexion de la tête et du corps du fœtus.

Reste à préciser le degré de cette déflexion :

Si la saillie est peu marquée et le coup de hache peu net, la déflexion est vraisemblablement incomplète, et il s'agit probablement d'une présentation primitive du front, ou tout au moins d'une tête en position intermédiaire entre la flexion et la déflexion.

Si, au contraire, saillie occipitale et coup de hache sont au maximum, il s'agit avec plus de probabilité d'une présentation primitive de la face.

C'est la *radiographie* qui, en dernière analyse, permet de confirmer et de préciser ce diagnostic.

Il ne faudra pas oublier que les commémoratifs et l'examen général de la malade peuvent fournir des renseignements utiles pour le diagnostic étiologique.



Figure I



Figure II

RADIOGRAPHIE

Le cliché montre :

1° *Une présentation céphalique* située au-dessus du détroit supérieur. Le grand axe occipito-mentonniér est dirigé de haut en bas, légèrement oblique : si la déflexion est très accusée, il apparaît presque perpendiculaire au plan du détroit supérieur. L'extrémité la plus rapprochée du D.S. est l'extrémité mentonnière. La bosse occipitale en est au contraire éloignée au maximum.

2° *Le dos* : L'ensemble de la colonne vertébrale apparaît incurvée, correspondant à la déflexion du corps du fœtus. La courbure est maxima au niveau de la portion cervicale et cervico-dorsale de la colonne vertébrale.

Cette courbure, très accentuée, de petit rayon, est maxima au niveau de la colonne cervicale, sa convexité est dirigée du côté opposé de l'occiput. La courbure est suffisamment accentuée pour que l'extrémité supérieure de cette courbure correspondant aux premières vertèbres dorsales apparaisse parfois au contact, ou presque au contact, de l'occiput.

En suivant la colonne vertébrale dans la région dorsale, on constate une deuxième courbure, mais moins accentuée, de plus grand rayon, dont la convexité est dirigée en sens inverse de la courbure inférieure.

Dans l'ensemble, la colonne vertébrale et le corps du fœtus apparaissent comme repliés sur eux-mêmes dans le sens de la déflexion, l'aspect général de la co-

lonne vertébrale est celui d'un Z à angles et à branches inégales (voir fig. n° 1).

Telle est du moins l'aspect le plus caractéristique.

Parfois, les courbures de la colonne vertébrale sont moins importantes, ou tout au moins la courbure est localisée aux premières vertèbres cervicales, et au-dessus d'elles la colonne monte en s'infléchissant à peine (voir fig. n° 2). Quand le squelette thoracique est nettement visible, on peut observer un léger écartement des côtes en éventail (voir fig. n° 2).

3° On cherchera avec soin sur le cliché radiographique :

a) Tout aspect anormal du squelette crânien ;

b) Toute ombre anormale dans la région cervicale antérieure qui pourrait faire soupçonner l'existence d'une tumeur du cou.

A vrai dire, la constatation et l'interprétation d'une telle ombre anormale doivent être difficiles, et pour notre part nous ne l'avons jamais rencontrée.

EVOLUTION

M. Carpentier dit dans sa thèse que parfois la pénétration primitive de la face constatée pendant la grossesse, ne persiste pas jusqu'à l'accouchement. Dans ce cas, il se fait une mutation de la présentation de la face en présentation du sommet. Mais ces transformations sont très rares et elles le sont d'autant plus que la grossesse est plus avancée. On ne devra donc pas trop compter sur cette éventualité.

PRONOSTIC

Le pronostic de la présentation primitive de la face est sensiblement le même que celui de la présentation secondaire.

Au point de vue maternel, la longueur du travail, la plus longue durée de la descente de la tête, la possibilité d'extractions instrumentales, enfin le risque de déchirures périnéales donnent une morbidité plus élevée que dans la présentation du sommet.

La marche du travail sera fonction :

1.° Du degré plus ou moins parfait de déflexion de la tête ;

2.° De la plus ou moins grande facilité avec laquelle la face s'accommodera au détroit supérieur, descendra et effectuera sa rotation.

Dans nos deux observations, l'accouchement a été spontané, après un travail ayant duré respectivement dix heures environ chez l'une, et 14 heures chez l'autre.

Les suites des couches ont été normales.

Au point de vue fœtal, les mêmes réserves sont à faire que dans la présentation secondaire de la face, aggravées par la possibilité d'une malformation fœtale incompatible avec la vie. Dans nos deux observations, aucun des deux fœtus ne présentait de malformations.

L'un est né vivant et est sorti du service en bon état.

L'autre est né en état de mort apparent (forme bleue) et n'a pu être ranimé ; la période d'expulsion avait été longue et pénible.

Après l'expulsion ils n'ont pas gardé la position en déflexion.

CONDUITE A TENIR

I. Pendant la gestation.

On peut tenter de transformer la présentation primitive de la face en présentation du sommet, mais il y a bien peu de chance pour que cette intervention réussisse.

1° Schatz a préconisé une manœuvre externe qui, selon lui et Welponer, pourrait permettre de transformer la présentation primitive de la face en présentation du sommet.

Cette manœuvre comporte trois temps :

1^{er} temps : Il consiste à agir sur le sillon du cou et la partie supérieure de la poitrine du fœtus de façon à essayer de soulever les épaules et à entraîner la tête un peu au-dessus du détroit supérieur de façon à la dégager complètement et à la rendre mobilisable.

2° temps : Une main prend point d'appui à travers la paroi abdominale et la paroi utérine sur la région occipitale du fœtus de façon à transformer la déflexion en flexion.

3° temps : Le siège du fœtus est refoulé par un aide vers le plan antérieur. L'ensemble de ce troisième temps consiste, en somme, à essayer de produire une incurvation générale du fœtus en flexion.

Quand on aura réussi à fléchir la tête, qui se présentait défléchie, il ne faudra pas abandonner à elle-même cette nouvelle présentation. Car, sous l'influence des causes qui avaient produit la déflexion et qui sub-

sistent généralement, cette déflexion se reproduirait. Il nous semble que la ceinture eutocique de Pinard, et à son défaut, le simple bandage du corps, avec sous-cuisses, et tampon d'ouate cylindriques, préconisé par Tarnier, pourront être utilisés avec fruit.

Mais la manœuvre de Schatz est difficile, réussit exceptionnellement, et les résultats qu'on peut en attendre sont rarement satisfaisants.

2° Si on constate une obliquité utérine manifeste avec une présentation primitive de la face, il y a intérêt à essayer de réduire cette obliquité ; on peut espérer ainsi obtenir la transformation spontanée d'une présentation de la face en présentation du sommet, et en tout cas éviter qu'une présentation primitive de la face, élevée et mobile, ne se transforme à l'occasion d'une rupture prématurée des membranes, en présentation transversale.

On obtiendra la réduction de l'obliquité utérine soit comme le conseille Fritsch, en couchant la femme dans une attitude qui restituerait à l'utérus sa direction normale, soit mieux en appliquant une ceinture abdominale avec un tampon convenablement placé.

En réalité, tous les moyens dont on dispose pour fléchir la face et la transformer en sommet pendant la gestation sont aléatoires et dans la règle la présentation primitive de la face persiste jusqu'au moment où le travail se déclenche. Une fois le diagnostic posé on devra donc prendre ses dispositions en vue d'un accouchement en présentation de la face.

Il faut surtout essayer de découvrir la cause de la présentation primitive de la face, qui peut apporter un élément de dystocie supplémentaire : c'est ainsi que

la constatation d'une tumeur praevia, d'une malformation utérine avec obliquité irréductible, d'une disproportion fœto-pelvienne nette, d'une malformation fœtale, peuvent modifier considérablement les déterminations thérapeutiques qu'on prendra au début du travail.

II. Pendant le travail :

1° *Quand la face n'est pas engagée* et que les membranes sont intactes, il faut être très sobre des manœuvres de réduction décrites par Baudelocque, par Thorn et par Pinard.

Le mieux est d'attendre la terminaison spontanée de l'accouchement.

Si les membranes sont *rompues* et que la dilatation est au voisinage de la dilatation complète, on pourrait être tenté de pratiquer une version par manœuvres internes, mais cette situation se trouve rarement réalisée, et d'autre part l'attitude défléchie non seulement de la tête mais de tout le corps du fœtus rend cette manœuvre difficile et parfois dangereuse.

Quand les membranes sont rompues avec une dilatation peu avancée, éventualité fréquente, la détermination à prendre est difficile et varie avec chaque cas d'espèce.

Cependant, on peut dire que :

a) Lorsqu'il n'y a pas de dystocie surajoutée et que la déflexion est complétée, on peut laisser évoluer l'accouchement ;

b) Lorsqu'au contraire il existe une dystocie associée, que la déflexion est imparfaite, que l'engagement tarde à se faire, il convient de ne pas laisser passer l'heure favorable aux interventions, par voie abdomi-

nale, avant qu'apparaisse la menace de l'infection ovulaire.

2° *Face engagée* : On aura le plus souvent à surveiller simplement la progression et la rotation du menton en avant.

La seule indication d'intervention résulte de l'absence de rotation du menton en avant, ou de l'apparition de symptômes de fatigue maternelle ou de souffrances fœtales. Mais il faudra être très strict sur les indications de l'application de forceps sur la face, et la pratiquer le plus rarement possible.

Prévenir les lésions périnéales et faciliter l'expulsion par une *épisiotomie*.

Si le fœtus est mort *in utero* il faut réduire le volume de la présentation par bosiotripsie ou par cranioclasie. L'enfant né, on pansera soigneusement les érosions de la face avec de la vaseline stérilisée, des compresses de gaze stérilisée et enduite de vaseline, et on surveillera de près l'évolution des ecchymoses qu'il présente fréquemment.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Mme H. L..., V^e geste, âgée de 32 ans, sans profession.

Entre à la Clinique Baudelocque le 25 novembre 1935.

Antécédents

Héréditaires : Père mort à l'âge de 35 ans, d'une affection cardiaque.

Mère âgée de 52 ans b.p.

Une sœur b.p. Une sœur morte à 6 mois.

Physiologiques : Elevée au sein. Réglée à 11 ans, règles régulières durant trois jours, indolores.

Pathologiques : N'aurait jamais été malade.

Obstétricaux :

1^{re} *gestation* : Accouchement le 14 avril 1924, chez une sage-femme agréée de Saint-Louis, à terme. Accouchement normal. Garçon né vivant pesant 5.500 gr. Nourri au sein pendant 3 semaines, puis au lait de vache. Actuellement bien portant. Délivrance et suites de couches normales.

2^e *gestation* : Accouchement le 28 janvier 1928, chez la même sage-femme, à terme, normal. Version par manœuvres externes au cours de la gestation pour présentation transversale. Garçon né vivant pesant 4.000 gr. Nourri au sein pendant 5 mois. Actuellement bien portant. Délivrance et suite de couches normales.

3^e *gestation* : Avortement spontané au terme de 2 mois et demi. Pas de curettage. Pas d'hémorragie ni de fièvre (13 janvier 1932).

4^e *gestation* : Accouchement le 15 février 1933, chez elle, à terme, normal. Fille née vivante pesant 4.500 gr. Nourri au sein pendant 7 mois. Actuellement bien portante. Délivrance et suite de couches normales.

5^e *gestation, actuelle* : Dernières règles du 15 au 25 février 1935.

Procréateur âgé de 47 ans, bien portant, le même.

La femme a consulté à Valancourt à partir du 6^e mois de sa gestation.

Gestation bien supportée.

Urines toujours normales.

*Examen pratiqué le 25 novembre 1935, à 23 h. 50,
à l'entrée dans le service :*

Femme obèse (poids avant la gestation : 78 kg.).
Paroi abdominale épaisse rendant le palper difficile.

HU = 37 cm.

Utérus tendu.

Tête fixée, mais non engagée.

Dos à gauche.

On sent les petites parties dans la corne droite.

Le sillon de la nuque en *coup de hache* est perçu à gauche de la ligne médiane, à 12 cm. au-dessus du pubis.

B.d.c. lointaine, à droite.

Toucher vaginal

Parties molles assez souples, col déhiscent, non effacé, dilaté comme 1 fr.

L'examen permet d'atteindre :

1° La pyramide nasale avec ses deux narines ;

2° Les deux arcades orbitaires ;

3° La bouche.

Diagnostic

Présentation de la face, en M.I.D.P., très élevée, reconnue au moment où la tête a pris à peine contact avec le D. S.

Le segment inférieur paraît résistant, peu profond et régulier.

Bassin normal.

La radiographie pratiquée en ce moment affirme le diagnostic (voir fig. n° 2).

26 novembre, à 0 heure 30 : contractions assez rares.

A 16 heures : pas de douleurs.

27 novembre, à 10 heures 30 : Pas de contractions douloureuses, pas de modifications de l'état local.

B.d.c. + + .

28 novembre, à 3 heures 30 : Rupture spontanée de la poche des eaux, liquide amniotique normal.

B.d.c. + + .

Toucher vaginal.

Col effacé, dilatation de 2 fr. Le segment inférieur encore épais, présentation de la face M.I.D.P., fixée. Quelques douleurs.

On monte la femme à la salle de travail.

28 novembre, à 8 heures 50 : Dilatation complète. La femme commence à pousser.

9 heures : Le menton se dégage d'abord et se fixe sous la symphyse pubienne.

Puis se dégagent : la face, le front, le bregma, l'occiput.

Expulsion d'un garçon pesant 4.300 gr.

L'enfant garde la tête en forte déflexion, mais la flexion active est facile.

Il n'y a pas de tumeur du cou, du moins visible.

Pas de rétraction des muscles de la nuque.

L'enfant respire bien, a une coloration rosée, mais il n'arrive pas à crier franchement, le cri restant rauque, malgré une désobstruction prolongée.

Toutes les fois qu'on introduit l'insufflateur dans le larynx il y a une ébauche de cri net, rappelant un stridor. Dès qu'on le retire, le cri reprend son timbre couvert.

9 heures 30: Délivrance naturelle, complète. Placenta pesant 770 gr. Membranes complètes.

28 novembre: On pratique la radiographie de l'enfant, qui ne révèle aucune anomalie de squelette, et aucune ombre anormale dans la région cervicale.

L'enfant est, en apparence, absolument normal.

Bosse séro-sanguine très discrète, avec infiltration légère des lèvres, du nez et des paupières.

Diamètre de la tête: O.M. 14,8 cm.; O.F. 13,6 cm.; Bi.P. 10,3 cm.; Bi.T. 8,7 cm.; S.O.B. 9,4 cm.; S.O.F. 11,5 cm.; S.M.B. 9,5 cm.

Suites de couches

Examen du 3 décembre 1935.

L'enfant présente une induration sus-pubienne médiane apparue le 1^{er} décembre 1935, ayant diminué depuis 24 heures. Apparition d'une coloration violacée superficielle située à droite de la ligne médiane présentant l'aspect d'une ecchymose.

Il existe également une coloration violacée au niveau des bourses du côté droit.

Le 5 décembre: Induration sus-pubienne très diminuée.

Le 7 décembre: Sortie non autorisée le 10^e jour.

OBSERVATION II. — Mme E. P., 41^e gesté, âgée de 24 ans, exerçant la profession de femme de chambre.

Entre à la Clinique Baudelocque le 16 janvier 1936, envoyée par le service de M. M. Pinard à Cochin, pour gestation près du terme, ayant subi un traitement anti-syphilitique récent.

Antécédents:

Héréditaires: Père et mère décédés à l'âge de

47 ans de causes inconnues. Deux collatéraux morts en bas-âge (méningite).

Physiologique : A marché à 11 mois, nourrie au sein maternel. Régée à 15 ans, règles survenant tous les 30 jours, durant 5 jours, peu douloureuses.

Pathologiques : Syphilis congénitale ?

Pas de maladies graves.

Obstétricaux : 1^{re} gestation en 1933, se termine par un avortement provoqué à 2 mois environ. Curetage à l'hôpital Cochin. Suites normales. II^e gestation actuelle. Dernières règles du 19 au 24 avril 1935. Aucun accident notable pendant la gestation.

Procréateur âgé de 27 ans, bien portant.

Au mois d'octobre 1935 (6^e mois de la gestation), une prise de sang pratiquée à la Mutualité (Institut Médico-Chirurgical des A. S.) montre une BW +. Un métabolisme de base montre une augmentation de + 45 %.

Au mois de novembre 1935, elle est examinée par M. Pinard qui constate un petit goître sans tremblement, sans tachycardie, mais troubles du caractère et céphalées fréquentes depuis l'enfance.

T.A. 11 1/2-6 1/2.

Sérologie positive :

Hecht	++++
BW (simple)	+++
BW (cholestérine)	+++
Vernes	1
Kahn	++

On la fait entrer à l'hôpital Cochin.

Où l'on institue le traitement antisypilitique : Novarsénobensol à doses progressives alternent avec le cyanure de mercure.

La malade présente une intolérance au novar pour 0 gr. 75 (vomissement) et on le remplace par le Bivatol dont on pratique 7 injections du 24 décembre au 1/4 février.

*Examen pratiqué le 16 janvier 1936 à l'entrée
à la Clinique Baudelocque :*

Hauteur de l'utérus : 34 cm.

Tête en bas fixée, nē débordant pas.

Dos à droite.

B.d.c. + .

Promontoire non atteint.

Bassin paraissant normal.

Urines normales.

Le 18 janvier 1936 :

Tête en bas, fixée, non engagée.

Dos à gauche.

B.d.c. + .

Pas de travail.

Examen général

Bosse frontale saillante. Voûte palatine ogivale. Adénopathie épitrochléenne. Légère augmentation du corps thyroïde, sans signes cliniques de Basedow. Pas d'amaigrissement au dire de la malade.

Le 28 janvier 1936 :

Hauteur de l'utérus : 34 cm.

Utérus souple.

La tête n'est pas d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur, elle est déviée vers la fosse iliaque droite. Elle est très élevée, mobile. La convexité du corps fœtal est orienté vers la gauche ; cependant, on note la présence de petites parties dans la corne utérine gauche.

Sur le bord droit de l'utérus, au niveau de sa partie inférieure, on constate l'existence d'une saillie osseuse correspondant à la tête, mais volumineuse et saillante.

Cette saillie est surmontée par une dépression en *coup de hache* très nette, qui se projette un peu au-dessous de l'horizontale passant par l'ombilic. Le bord gauche du segment inférieur paraît vide, mais on y constate l'existence d'un relief osseux peu volumineux et mobile.

Au toucher :

Les parties molles sont souples.

Le col est très mou, mais encore long.

A travers le S. I. on reconnaît une présentation cephalique, mais qui ne paraît pas lisse et régulière.

Elle est accidentée de saillies et de dépressions de consistance différente. Cependant, au contact de la ligne innommée gauche on a l'impression de reconnaître l'arc osseux mobile du menton.

La radio prouve l'existence d'une présentation de la face primitive (voir fig. n° 1).

Le 2 février 1936, à 5 heures 30 : Entrée à la salle de travail.

Col effacé. Dilatation grande comme une pièce de 5 francs.

Membranes intactes.

B.d.c. + + .

A 11 heures : Dilatation grande comme une petite paume, contractions utérines intenses.

B.d.c. + + .

A 16 heures 15 : Dilatation presque complète.

Poche des eaux rompue.

Présentation engagée.

Les contractions utérines sont bonnes.

B.d.c. + + .

A 18 heures : Dilatation complète.

La tête est engagée et appuie sur le périnée.

La présentation est en M.I.G.A.

Les contractions utérines sont régulières.

B.d.c. + + .

On fait pousser la femme.

A 18 heures 15 : La femme fait de bons efforts expulsifs.

Les contractions utérines sont régulières en temps et en intensité.

Les B.d.c. sont bons.

A 18 heures 45 : La présentation progresse.

Lors des contractions, on commence à apercevoir une bosse séro-sanguine siéger au niveau d'une joue.

Les B.d.c. sont bons.

A 19 heures : La présentation semble progresser régulièrement.

La bouche de l'enfant apparaît à la vulve.

Les B.d.c. sont bons.

A 19 heures 15 : Situation inchangée.

B.d.c. bien frappés, mais rapides.

A 19 heures 25 : La bouche et le nez de l'enfant sont apparus à la vulve.

La femme fait de bons efforts expulsifs.

Les B.d.c. sont : *très lents, sourds, irréguliers*.

Comme la présentation est en train de se dégager, on attend,

A 19 heures 30; Expulsion d'un enfant du sexe féminin, qui fait un mouvement respiratoire.

Désobstruction des voies respiratoires.

Frictions alcoolisées.

Bains chauds — bains froids.

Injection de 1 cc. de Lobéline.

Injection de 2 cc. d'Huile camphrée.

Respiration artificielle.

L'enfant fait quelques mouvements respiratoires spontanés.

Nouvelle injection de Lobéline. Une heure après son expulsion, les battements cardiaques sont toujours perçus, mais l'enfant ne fait toujours pas de mouvements respiratoires spontanés.

On lui fait 1 cc. de Caféine intra-rachidienne.

Une heure et demie après son expulsion les battements cardiaques disparaissent définitivement.

Examen de l'enfant :

Poids : 2.880 gr.

Pas de malformations cutanées et osseuses apparentes.

Cependant on remarque au niveau du cou, sur les faces latérales de la trachée, deux sillons transversaux de couleur violacée.

La face est tuméfiée.

Le foie est dur et un peu gros, descendant au-dessous de l'ombilic.

La rate est perceptible, dure, du volume d'une grosse amande.

Autopsie de l'enfant pratiquée le 4 février 1936 :

Organe thoracique et foie prélevés pour examen histologique.

Résultat de l'examen inconnu.

Thymus paraît gros, étalé devant les poumons.

Crâne : pas d'hémorragie méningée ; pas d'hémorragie cérébrale.

Les suites de couches ont été normales.

CONCLUSIONS

1. — La présentation primitive de la face a une réalité indiscutable, prouvée par les constatations radiologiques faites pendant la gestation, mais elle reste une éventualité exceptionnelle.

2. — L'étiologie est obscure.

Les malformations fœtales (tumeur du cou, malformations crâniennes) jouent certainement un rôle, mais ne sont que rarement retrouvées.

L'obliquité utérine, parfois en rapport avec une malformation utérine, a pu être invoquée. Il est un certain nombre de cas dans lesquels on ne trouve pas de cause nette à la présentation primitive de la face.

3. — Au point de vue clinique, la reconnaissance de présentation primitive de la face résulte de mêmes constatations symptomatiques qu'au cours du travail. Elle ne peut être faite que grâce à un palper méthodique qui permet de reconnaître :

1° L'existence d'une saillie prédominante située du même côté que le dos ;

2° Le coup de hache caractéristique.

Le toucher est moins probant que pendant le travail, du fait de la situation élevée de la tête.

Le diagnostic sera confirmé par la radiographie.

4. — La présentation primitive de la face une fois constituée et reconnue reste habituellement telle jusqu'à l'apparition du travail. Les moyens dont nous disposons pour la réduire sont aléatoires.

5. — Le pronostic obstétrical ne diffère pas de celui de la présentation secondaire, réserve faite :

a) Des malformations fœtales ;

b) D'une dystocie d'origine maternelle coexistante, telle qu'une malformation utérine.

6. — La conduite à tenir est l'abstention pendant la gestation.

Pendant le travail, elle est la même que pour la représentation secondaire de la face.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :

Le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — Arch. f. Gyn., t. II, Leipzig, 1873.
- BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements. Paris, 1781. Nouvelle éd., 1822, p. 35.
- BAYER. — Archives de Gynécologie de Berlin, II, 1885, sur l'étiologie de la présentation de la face.
- BRINDEAU. — Présentation de la Face (in Vol. III de « La pratique de l'art des accouchements, Paris, 1927).
- CARPENTIER. — Thèse, Paris, 1876. Contribution à l'étude des présentations de la face.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 9^e éd. annotée par Tarnier. Paris, 1874, p. 325.
- CHAILLY (Honoré). — Traité pratique de l'art des accouchements. Paris, 1867, 5^e éd.
- DUBOIS et DESORMEAUX. — Dict. de Médecine en 30 volumes, art. Accouchement, 1832.
- GUENIOT. — Bull. Soc. Obst., 8 janvier 1934.
- HECKER. — Gesichtslage. Berlin, 1869, Arch. f. Gyn., 1871.
- HOHL. — Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig, 1862.

HUBERT (de Louvain). — De la version par manœuvres externes. Bruxelles, 1880.

LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements ou Mémoires et observations choisies sur les points les plus importants de l'art. Paris, 1821, t. I.

LANSELLE. — Thèse, Paris, 1888. De la présentation primitive de la face.

OLIVIER. — Annales de Gynécologie, juin 1887.

PINARD. — Traité du palper abdominal, au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, 1878.

SCHATZ. — Transformation de la présentation de la face en présentation du sommet par de simples manœuvres externes. Arch. f. Gyn., 1873, V Band.

SUREAU. — Bull. Soc. Obst., mars 1936.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, t. I. Paris, 1882.

WELPONER. — Transformation de la présentation de la face en présentation du sommet par de simples manœuvres externes. Arch. f. Gyn., 1877.

WERY et KRIDELKA. — La présentation primitive de la face (Liège Méd., n° 28, 8 juillet 1934).

